FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — N° —

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Gaston-Jean-Désiré HILAIRE

Ancien élève de l'école du Service de Santé Militaire
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Diplômé de Médecine légale et Psychiatrie de l'Université de Paris
Né le 19 Mai 1906, à Chateauroux-les-Alpes (Hautes-Alpes)

Le Lichen plan linéaire

Travail du Service de M. le Professeur agrégé SÉZARY

Président de thèse : M. le Professeur GOUGEROT

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15
—
1930

THÈSE

POUR LE DOCTORAT

EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/lelichenplanline0024vari

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — THÈSE — N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Gaston-Jean-Désiré HILAIRE

Ancien élève de l'école du Service de Santé Militaire
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Diplômé de Médecine légale et Psychiatrie de l'Université de Paris
Né le 19 Mai 1906, à Chateauroux-les-Alpes (Hautes-Alpes)

Le Lichen plan linéaire

Travail du Service de M. le Professeur agrégé SÉZARY

Président de thèse : M. le Professeur GOUGEROT

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15
—
1930

LE DOYEN. . . . . **M. BALTHAZARD**

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	BRANCA.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiâtrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIERE...	Chimie biologique.
BROCQ.....	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CATHALA.....	Pathologie médicale.
CHABROL.....	Pathologie médicale.
CHEVALLIER..	Pathologie médicale.
Gaudart-d'Allaines.	Pathologie chirurgicale.
DOGNON.....	Physique.
DONZELOT....	Pathologie médicale.
ECALLE.....	Obstétrique.
FEY.....	Urologie.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale.
GASTINEL.....	Bactériologie.
GATELIER.....	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.....	Histologie.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HOVELACQUE.	Anatomie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOANNON.....	Hygiène.
JOYEUX.....	Parasitologie.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.

MM.	
LAROCHE (Guy)...	Pathologie médicale.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX.....	Anatomie pathologique.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiâtrie.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MERCIER (Fern.)..	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
OBERLING.....	Anatomie pathologique.
OLIVIER.....	Anatomie.
PIEDELIÈVRE.	Médecine légale.
PORTES.....	Obstétrique.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHET.....	Physiologie.
SEZARY.....	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER.....	Ophtalmologie.
VERNE.....	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET.....	Pharmacologie.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie.
RETTERER....	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
FIESSINGER. . .	Clinique médicale.
LÉRI	Clinique médicale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.

MM.	
CHEVASSU . . .	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.
LEVÉ-SOLAL . .	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLET-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage d'affection profonde et
de respectueuse reconnaissance.

A MA SŒUR, A MON BEAU-FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur COUGEROT,

Professeur de clinique Dermatologique

à la Faculté de Médecine,

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommage de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE,

Monsieur le Docteur SEZARY,

Professeur agrégé,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis,

Qui a bien voulu nous proposer ce sujet et nous guider de ses conseils.

En témoignage de nos sentiments très respectueux et très reconnaissants.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

M. le Professeur WIDAL (*in memorian*) ;
M. le Professeur DELBET ;
M. le Docteur CAUSSADE ;
M. le Professeur LEJARS ;
M. le Professeur MARFAN ;
M. le Docteur RAVAUT ;
M. le Docteur HEUYER ;
M. le Docteur CHIRIE ;
M. le Docteur HEITZ BOYER ;
M. le Professeur agrégé SEZARY.

A MES MAITRES DE L'INSTITUT MÉDICO-LÉGAL

Monsieur le Doyen BALTHAZARD :
M. le Professeur CLAUDE ;
MM. DERVIEUX; PIEDLIÈVRE; DUVOIR; CELLIER.

A MM. les Docteurs : BROCQ, Professeur agrégé ; P. CHEVALLIER, M. des hôpitaux ; POUMAILLOUX; BAILLIS; DÉRON; LEFÈVRE; SCHULMANN ; GALERAND ; COMBE ET LÉVY.

A MES MAITRES DU VAL DE GRACE

INTRODUCTION

Les éruptions en bandes linéaires formaient dans l'ancienne nosographie un groupe spécial présentant des caractères particuliers que n'avait aucune autre dermatose.

Peu à peu ce groupe s'est effrité, a été démembré. Après les nœvi tôt identifiés, les dermatoses, d'apparition plus tardive, ont été rattachées au groupe dont elles font réellement partie, et dont elles ne se différencient que par leur topographie.

Sur le conseil de notre maître, le Docteur Sezary, et à propos de cas observés dans son service, nous avons fait, de l'étude d'une de ces dermatoses, le sujet de notre thèse.

Le lichen plan en bande, mode de distribution rare de cette affection assez fréquente le Lichen de Wilson, offre un champ d'étude intéressant à des multiples points de vue.

La localisation de l'éruption, sa topographie, sa disposition zoniforme, sa rareté peuvent, au premier abord, égarer le diagnostic. Celui-ci sera toujours fait de façon certaine par la recherche attentive, minutieuse de la lésion initiale, la papule.

L'étude du lichen plan zoniforme peut nous éclairer sur les rapports de la pathologie générale et de la dermatologie, par les nombreuses comparaisons qui s'établissent au cours de cette étude, entre cette éruption et des maladies diverses : zona, syringomgélie. Ces points communs nous guideront et nous aideront dans la recherche des causes qui déterminent ou régissent la topographie de cette éruption.

Dans ce travail nous avons étudié successivement la symptomatologie, l'anatomie pathologique de la lésion, les principaux diagnostics différenciels que pose le lichen plan en bande, les hypothèses successives qui ont été faites sur sa nature et sa pathogénie.

Le pronostic et le traitement de cette affection termineront cette étude que nous avons pu mener à bien grâce aux conseils et à l'aide de notre maître, le Docteur Sezary, Professeur agrégé, et des Docteurs Lefèvre, Gallerand, Schulmann, Combe et Lévy.

ETUDE CLINIQUE

I. — Symptomatologie

Le lichen plan, lichen ruber planus, lichen planus d'E. Wilson, est une dermatose nettement individualisée par une lésion élémentaire caractéristique : la papule de lichen plan. Quant ces papules apparaissent, dès leur début elles sont petites, de la dimension d'une pointe d'aiguille, d'une petite tête d'épingle. Elles sont à peine colorées en rose tirant un peu sur le jaune, mais brillant comme de minuscules facettes de verre.

A l'état adulte, la papule des dimensions d'une tête d'épingle, aux contours rarement arrondis, mais limitée le plus souvent par des lignes polygonales, de coloration rouge tirant sur le jaune, aplatie à son sommet, brillant sous les incidences de lumière. Dure, sèche, faisant saillie au-dessus des téguments, la papule donne l'impression d'une infiltration des couches supérieures du derme.

A la surface de cet élément se voient de véritables stries qui sillonnent en tous sens la surface sous forme de petites bandes constituant, tantôt des étoiles, tantôt

une traînée principale d'où se détachent des traînées latérales.

Une fois développée, la papule n'augmente pas indéfiniment de volume, mais se multiplie. Dans une lésion, le nombre des éléments est très variable, pouvant atteindre plusieurs milliers. A côté des papules primitives, il s'en forment d'autres plus ou moins rapprochées qui peuvent devenir confluentes, constituant des plaques ou des nappes plus ou moins étendues. Quand le lichen a une évolution chronique, ces plaques sont minimes : quatre millimètres à un centimètre de diamètres, d'un rouge bistre, elles font saillie sur les téguments et ont une surface aplatie.

Leur configuration générale est arrondie, ovalaire ou franchement irrégulière. Le derme est épaissi à leur niveau, et les bords sont presque toujours saillants par rapport au centre qui est parfois affaissé. Leur surface est recouverte de fines squames grisâtres, stratifiées adhérentes rendues plus perceptibles par le grattage.

Dans sa forme habituelle, le lichen plan se développe par ordre de fréquence à la face antérieure des poignets, sur les avant-bras, la partie inférieure de l'abdomen, la région lombaire, le cou, les membres inférieurs, les muqueuses.

L'éruption occupe alors un territoire plus ou moins étendu, mal limité, où l'on trouve à la fois des plaques et des papules.

On observe assez fréquemment chez un malade présentant une éruption de lichen, sans topographie spé-

ciale, des papules disposées en stries linéaires sur une lésion de grattage.

Nous avons observé deux cas semblables dans le service de notre maître, le Docteur Sezary.

Le premier de ces malades, atteint d'un lichen plan de la face antérieure des avant-bras, présentait sur le bras gauche trois traînées linéaires recouvertes de papules de lichen plan, les traînées parallèles, longues de cinq centimètres, correspondaient à des lésions de grattage.

Le deuxième malade présentait un lichen plan plus étendu sur les avant-bras, l'abdomen. A la région deltoïdienne droite au milieu des téguments sains on notait une bande formée de papules de lichen disposées sur une strie de grattage. Ces formes de *lichen striatus* localisés aux lésions de grattage chez un individu présentant une éruption de lichen, sont à différencier de la forme linéaire.

Dans la forme linéaire du lichen plan, les éléments se groupent en une bande assez étroite ayant de quelques millimètres, à deux ou trois centimètres de largeur. La répartition des éléments sur ce terrain est irrégulière, discontinue. Le plus souvent la bande présente des interruptions, des déviations, et l'on trouve sur ses bords des éléments aberrants séparés par des tissus sains.

On peut voir sur le même individu une seule ou plusieurs bandes nettement distinctes : l'apparition des bandes ne coïncide pas avec une poussée de lichen. Le reste des téguments est indemne. Le lieu d'élection

du lichen plan ainsi sytématisé est la partie supérieure du membre inférieur. Il y figure une traînée verticale qui part de la fesse, descend le long de la face postérieure de la cuisse, gagne le creux poplite puis la face postérieure de la jambe et se termine un peu au-dessus du talon. Moins fréquemment l'éruption siège au membre supérieur, bras surtout, sur le tronc, au pli de l'aine, au pubis, à la cheville.

Les sensations douloureuses qui accompagnent le lichen plan zoniforme sont des plus variables. Chez quelques sujets, surtout dans les formes torpides, la douleur est nulle ou à peu près nulle.

Dans la majorité des cas les phénomènes douloureux sont assez accentués et consistent en un prurit à redoublements paroxistiques tels que certains malades maigrissent et sont épuisés par la douleur et l'insomnie. Les troubles de la sensibilité sur les plaques et les téguments voisins sont extrêmement rares.

II. — Evolution

Le lichen plan linéaire évolue avec la même lenteur que le lichen plan typique. Certains malades peuvent en être atteints sans s'en douter, le fait est rare. Le plus souvent l'éruption s'étend de proche en proche le long du trajet, subissant parfois des temps d'arrêt et, de temps en temps, de petites poussées aiguës qui, dans beaucoup de cas semblent coïncider avec du surmenage ou un ébranlement quelconque du système nerveux.

C'est par poussées successives que l'affection évolue. Les premières papules arrivent à leur forme adulte

puis regressent en même temps qu'il en apparaît de nouvelles.

Abandonné à lui-même, tout comme le lichen plan habituel, le lichen linéaire peut guérir spontanément en un temps généralement assez long.

Les plaques subissent un processus de regression, s'affaissent, se pigmentent, parfois persiste une dépression quasi cicatricielle des téguments.

La pigmentation habituellement brunâtre peut-être sépia et même franchement noire, sans que le malade ait été traité par l'arsenic. Dans le cas contraire elle est généralement plus marquée, mais disparaît tout de même, laissant après elle une petite dépression blanchâtre à aspect atrophique.

Le plus souvent, c'est le *restitutio ad integrum* que l'on observe, mais les récidives sont fréquentes, prenant souvent alors la forme de lichen généralisé. De plus, le lichen est des affections cutanées, celle qui a le plus tendance à se compliquer de lichenifications secondaires.

Sous l'influence du grattage, la peau s'épaissit peu à peu, s'indure, se lichenifie ; cette complication vient souvent modifier l'aspect de la lésion, rendant moins net l'aspect linéaire et prolongé de l'évolution.

L'urticaire, les ganglions par lésions de grattages infectées, complications rares de la forme diffuse n'ont jamais été signalées dans des cas de lésions linéaires.

III. — Pronostic

Le pronostic est bénin, les éléments d'aggravation sont le mauvais état du sujet au point de vue rénal et au point de vue névropathique. Aussi on examinera toujours les urines d'un sujet atteint de lichen plan, et l'on tiendra compte des ébranlements que subit son système nerveux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'examen microscopique présente un intérêt spécial dans le cas de lichen linéaire. Autrefois, une classification fondée uniquement sur les caractères externes des lésions avait fait réunir en un même groupe toutes les dermatoses en bandes.

L'examen anatomopathologique de ces différentes lésions a amené leur identification exacte. Si minutieux et si attentif qu'il soit, un examen ne permet pas toujours un diagnostic affirmatif. La fixité des caractères microscopiques d'une lésion permet de certifier sa nature, de distinguer des formes voisines. Lichen et nœvi dont l'aspect extérieur peut prêter à confusion sont ainsi séparés.

L'anatomie pathologique de la papule de lichen a été ainsi résumée par M. Darier.

« L'hypertrophie du corps muqueux est très marquée au début, moindre plus tard lorsque la couche cornée s'épaissit à ses dépens. La couche granuleuse est conservée et même hypertrophiée, mais l'éléïdine est inégalement abondante, suivant les points, dans une même papule. C'est elle qui donne lieu au réseau de stries blanches ou opalines pathognomoniques des

éléments du lichen plan. La couche cornée est épaisse, cohérente, grasse, formée de cellules sans noyaux, normales ; dans les lichens anciens on peut trouver des cellules cornées munies de noyaux.

Les papilles ne sont pas allongées, mais élargies, en forme de coupole et souvent inclinées. Dans le corps capillaire il y a un infiltrat nettement limité de petites cellules rondes ; souvent quelques-unes de ces cellules sont en dégénérescence colloïde. La zone limite du derme et de l'épiderme dessine des festons, elle est habituellement un peu effacée par place. »

« Dans le derme, le caractère majeur de la lésion est une infiltration dense de cellules dans le corps papillaire entre le réseau des vaisseaux sous-papillaires et la limite de l'épiderme. »

Tous les auteurs ont beaucoup insisté sur l'infiltration, la tuméfaction des papilles dermiques qui augmentent de volume dans toutes les directions, prennent peu à peu la forme de poires ou de massues, compriment les cônes épithéliaux inter-papillaires, les déforment, les réduisent dans certains cas à l'état de vestige.

Pautrier et Diss identifièrent, dans la papille, des éléments nouveaux : cellules de la couche basale munies de grands prolongements qui, d'une part se perdent dans l'épiderme et, d'autre part, sont souvent connectes aux nerfs dermiques.

Par leur noyau, certaines de ces cellules sont analogues aux cellules de Merckel-Ranvier, d'autres, aux cellules de Schwamn.

Tout, forme, connection, mode de ramification, identité des noyaux, permirent aux auteurs de considérer ces éléments comme des éléments nerveux, mais il est difficile de leur assigner une place.

Faut-il les considérer comme des éléments schwaniens d'origine épidermique ou d'origine para-vasculaire ? Faut-il les considérer comme des éléments placodiques ayant la valeur de cellules ganglionnaires et donnant naissance à des neurofibrilles centripètes ?

Les caractères nécessaires et suffisants pour pouvoir affirmer un diagnostic de lichen plan à l'examen d'une coupe sont :

1. Hyperacantose : hypertrophie du corps muqueux de Malpighi ;

2. Irrégularité de la couche granuleuse ;

3. Keratose : couche cornée épaissie formée de cellules normales ;

4. Papules inclinées élargies en coupoles, donnant un aspect festonné à la limite de séparation du derme et de l'épiderme ;

5. Infiltrat diffus du corps papillaire, par de petites cellules rondes, certaines ayant subit la dégénérescence colloïde ;

6. Infiltrat limité à la papille épidermique. Sa limite inférieure est nette ;

7. Présence de néo-formations nerveuses dans la papille

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

On risquera de confondre le lichen plan linéaire avec un zona, un nœvus linéaire, une éruption de syphilides papuleuses, une psoriasis en bande ou une sclérodermie en bande. La différenciation est possible grâce aux caractères particuliers de chacune de ces dermatoses.

1. — Zona :

La confusion entre lichen plan linéaire et zona est difficilement possible. Le zona a des éléments vésiculeux reposant sur une base erythémateuse ; l'éruption s'accompagne de troubles hyperesthésiques et de névralgies.

Vers le sixième ou huitième jour, au stade vésiculeux succède un stade croûteux, les éléments se sont flétris, sont ombiliques, desséchés, recouverts par une petite croûtelle brun rougeâtre.

On ne retrouve pas sur ces éléments les limites nettes des papules de lichen, les stries superficielles. L'anamnèse permet la différenciation.

2. — Nœvi linéaires :

La fréquence assez grande des nœvi linéaires, leur polymorphisme rendent délicat le diagnostic avec lichen linéaire.

Leur apparition, dans les premiers mois ou les premières années de la vie, leur progression lente, ne s'accompagnant d'aucun trouble fonctionnel aident à les distinguer. Les bandes formées ont souvent une grande analogie avec le lichen plan, mais jamais à un examen minutieux à la loupe, on ne retrouve la lésion initiale, la papule avec sa forme géométrique, ses stries superficielles, son éclat variable sous les incidences de lumière. L'absence de ces signes permet la distinction entre un nœvus lichenoïde et le lichen plan.

3. — Syphilides Papuleuses :

Une erreur relativement fréquente consiste à prendre pour une éruption de *syphilides papuleuses* une éruption de lichen plan.

Les papules de lichen ont cependant des caractères très différents des syphilides papuleuses. Cèlles-ci n'ont pas les facettes brillantes, les contours nets et polygonaux, l'ombilication centrale ou les stries de l'élément initial du lichen.

Elles sont presque toujours squameuses ou squamo-croûteuses, soit à leur sommet (syphilides acnéiformes), soit à leur périphérie (syphilides papuleuses, lenticulaires présentant une collerette de Biett). Dans la majorité des cas les syphilides ne donnent lieu à aucun prurit. En cas de doute, les réactions serologiques aideront à établir un diagnostic.

4. — Psoriasis en bande :

Les observations de *psoriasis en bande* sont rares dans la littérature. Thiberge, Hallopeau en ont rapporté des observations. Le plus souvent, la disposition n'est pas rubanée comme celle du lichen, mais en placard allongé.

Les éléments d'un rouge vif, disposés trois ou quatre de front sur la bande, sont squameux, non brillants, mal limités et donnent au grattage méthodique les signes successifs « de la tache de bougie », de la pellicule décolable et de la rosée sanglante, caractéristiques du psoriasis.

5. Sclérodermie en bande :

La confusion entre une éruption de lichen plan linéaire et une *sclérodemie en bande* est peu vraisemblable. La sclérodermie forme au-dessus des téguments une bande au relief plus ou moins accentué, parfois régulier, uniforme, souvent irrégulier. La bande présente une épaisseur variable suivant les points de son étendue. La coloration généralement blanche peut être brunâtre, l'épiderme est rarement brillant.

On ne retrouve aucun des éléments qui permettent de porter le diagnostic de lichen plan, un examen attentif et méthodique évitera toujours cette erreur.

Dans les cas douteux, une biopsie et l'examen de la pièce prélevée, trancheront la question.

PATHOGÉNIE

La pathogénie du lichen plan, très obscure encore, a donné lieu à de nombreuses hypothèses.

Théorie Toxique

Pour certains, le lichen plan n'est qu'une réaction cutanée toxinienne. L'intoxication pouvant être endogène ou exogène. Dans le premier cas on cite la fréquence des éruptions lichenoïdes au cours des traitements sanocrysiniques. Le lichen plan survenant au cours d'un traitement par les arsenobenzols serait, d'après Dubois, une manifestation toxinienne typique. L'intoxication endogène serait le plus souvent causée par des troubles gastro-intestinaux. Le lichen buccal témoin de ces troubles disparaîtrait sous l'influence du régime de Guelpa. On cite à l'appui de cette thèse l'existence de lichen plan familiaux coïncidant avec des troubles gastro-intestinaux chez plusieurs sujets. Ce sont là des faits rares, imprécis, insuffisants pour étayer l'origine toxique du lichen plan.

Théorie Diathésique

Certains auteurs admettent, avec Samberger, que le lichen plan est une maladie diathésique. Chez les lichéniens les cellules de l'épiderme destinées à la kératinisation auraient une vitalité exagérée. Chez ces sujets, n'importe quelle affection cutanée prend l'aspect du lichen. Cette diathèse, congénitale ou acquise, dépendrait du fonctionnement d'organes à sécrétion interne Thymus thyroïde hypophyse.

Pour Unna cette kératinisation de l'épiderme serait sous la dépendance d'un microbe réducteur.

Théorie Infectieuse

L'étude clinique et anatomo pathologique de la papule de lichen plan imposant l'idée d'une véritable entité morbide, pour élucider l'étiologie de cette curieuse dermatose une hypothèse se présente : celle de sa nature parasitaire ou microbienne.

Depuis longtemps, les dermatologistes ont constaté des cas de contagion apparente, ou de lichen familial. Bohy cite quatre observations où le lichen lui a paru s'être développé à la suite de piqûres d'insectes.

Dans certains, l'évolution de lichen plan généralise d'emblée, évoluant avec hyperthermie, albuminurie, prostration donnent nettement l'impression d'une dermatose infectieuse.

Hallopeau et Ribot signalent l'existence d'une plaque initiale dans certains lichens. Ce foyer initial restant isolé, plus ou moins longtemps, avant que la dissémination ne se produise, peut se reconnaître après l'apparition des autres foyers à son aspect circiné, syphiloïde.

Se basant sur ces faits on a rapproché le lichen plan et le pityriasis rosé de Gibert. Ces faits ne démontrent point la nature infectieuse du lichen car la recherche du parasite dans les lésions de lichen a toujours été négative.

Pautrier, abordant le problème sous sa forme expérimentale, tenta l'inoculation du lichen à l'homme. Injections intradermiques, badigeonnage de scarifications avec le produit de broyage des papules de lichen plan. Tous les résultats furent négatifs après 3 et 7 mois d'observations. Les partisans de la théorie infectieuse du lichen tirent argument de l'action thérapeutique de l'arsenic qui agirait sur le parasite inconnu comme il agirait dans la syphilis. Mais il est difficile d'expliquer ainsi l'action de la radiothérapie et de conclure à l'origine infectieuse microbienne ou parasitaire du lichen.

Théorie nerveuse

En 1879, Colcoot Fox émet, pour la première fois, l'hypothèse de l'origine nevropathique du lichen plan.

Depuis cette époque, ce terme imprécis « d'origine nevropathique » a été diversement interprété. Des faits indiscutables rendent cette hypothèse sinon certaine tout au moins très vraisemblable : l'association fréquente du lichen et de troubles du caractère, sa topographie analogue à celle du zona, le prurit qui accompagne l'éruption, la précocité et l'importance de pigmentation et de la mélanogenèse due au lichen. L'efficacité de la ponction lombaire et des rayons X, qui entraînent la disparition rapide du prurit et de la lésion. L'anatomie pathologique de la papule où prédominent les néofor-

mations nerveuses, permettent de croire à l'origine nerveuse du lichen. Suivant les auteurs, le terrain nerveux, un choc, un ébranlement émotif ou trouble de la sphère affective, furent incriminés comme cause du lichen.

I

Les licheniens sont fréquemment des instables, des anxieux, présentant de l'insomnie, de l'inaptitude au travail intellectuel, une moindre résistance aux fatigues physiques.

Le prurit qui, pour Jacquet et d'autres auteurs, à sa suite précède l'éruption des papules, donne la signature étiologique de l'affection.

Mais s'ils existent, les cas sont peu fréquents où l'on voit le prurit devancer l'éruption : dans nombre de cas, au contraire, celle-ci n'est accompagnée que de troubles légers, parfois inexistants. Les faits observés constituant un terrain névropathique semblent être plutôt la cause que la conséquence du lichen dans la majorité des cas.

II

Un choc émotif, ou affectif, a semblé parfois déterminer une éruption quasi-immédiate de lichen plan. M. Ravaut cite le fait de deux malades de l'hôpital Broca, chez lesquels un lichen plan typique est apparu quelques heures après une violente émotion; pour l'un, l'incendie de sa maison; pour l'autre, l'angoisse légitime qu'il éprouva en entendant assassiner son voisin.

M. Udelo rapporte un fait analogue : un lichen plan

se développe cinq heures après un choc émotif intense. L'on peut admettre, dans ces faits, le rôle du choc nerveux comme cause occasionnelle de l'éruption, mais il existe de nombreux lichen plan à l'origine desquels n'existe pas de troubles affectifs ou émotionnels; ainsi les cas de lichen plan du nourrisson.. La guerre, qui a fourni, en fait d'émotions violentes, un vaste champ d'expériences, n'a pas amené une augmentation des cas de lichen.

III

Un trouble de la sphère affective, le développement d'un complexus psychique de refoulement sexuel se retrouve parfois comme cause possible d'une éruption de lichen plan. Hombunger cite une malade guérie par la psycho analyse. Faut-il voir là une fonction nouvelle de la peau qui serait, d'après Sack « l'expression périphérique de la sphère affective consciente et subconsciente ». Ces observations sont trop récentes et trop rares pour que l'on puisse conclure.

La notion de terrain névropathique, l'existence d'un choc nerveux, d'un complexus psychique, peuvent expliquer l'étiologie de quelques cas de lichen. L'origine du plus grand nombre nous reste encore inconnue. Nous pressentons, toutefois, le rôle essentiel que le système nerveux joue dans la production de cette dermatose.

PATHOGÉNIE de la TOPOGRAPHIE DU LICHEN LINÉAIRE

La recherche des lois qui régissent la topographie des dermatoses linéaires, du lichen en particulier, a tenté plusieurs chercheurs qui ont, à ce propos formulé des hypothèses diverses.

Se basant sur la similitude de trajet relaté par quelques observations certains auteurs ont voulu voir dans le lichen la traduction à la peau de l'atteinte d'un nerf sous-jacent.

Il paraît peu vraisemblable que la lésion nerveuse se traduise seulement par une éruption de lichen. Dans aucune des observations publiées pour défendre cette hypothèse, il n'est noté des troubles de la sensibilité, de la motricité ou des réflexes traduisant l'atteinte du nerf. Par quel mécanisme le nerf agirait-il sur les téguments qui le recouvrent, mais auxquels il ne distribue aucun rameau et dont il est séparé par une couche musculo-aponevrotique souvent fort épaisse et qui, toujours, reste indemne de toute lésion.

Fréquemment, l'éruption siège sur une ligne ne recouvrant aucun tronc nerveux, parfois elle croise la

zone de projection de plusieurs nerfs. On peut déduire que, dans quelques cas, il y a eu coïncidence fortuite entre la topographie de la lésion et du nerf sans pouvoir en tirer une explication étiologique.

Les troubles trophiques localisés au territoire cutané d'un nerf, furent incriminés pour expliquer la disparition du lichen. Les mêmes critiques valent pour cette théorie et la précédente.

Le lichen plan occupe rarement un territoire nerveux entier, mais plus souvent une partie seulement de ce territoire où une région innervée par plusieurs nerfs. Pour faire face à cette critique, Voigt détermina sur les téguments une série de lignes et de tourbillons, correspondant à la disposition des follicules pileux, suivant lesquels se disposerait le lichen.

Langer, explorant la peau, y trouva tout un système de fentes qui semblent bien, dans certains cas, servir de limites aux éruptions.

Les régions cutanées innervées à la fois par des rameaux d'origines différentes furent considérées, par certains auteurs comme les lieux d'élection des dermatoses linéaires, du lichen spécialement.

Rares sont les faits qui correspondent à ces théories; il y a simplement eu concordance dans quelques cas.

Théorie Vasculaire

A propos de l'observation qui a été l'origine de notre thèse, M. Milian tenta d'expliquer la topographie du lichen plan linéaire par une propagation artérielle de la lésion.

Rares, sinon inexistants, sont les cas où l'éruption suit le trajet d'une artère, spécialement dans le cas envisagé il n'a jamais été décrit un vaisseau qui, de la partie médiane de la face antérieure de l'avant-bras, suive la face antéro-externe du bras, la région deltoïdienne antéro-externe, l'épine de l'omoplate et forme au niveau du rachis un crochet à connexité regardant la colonne vertébrale.

D'ailleurs, aucune modification n'a jamais été notée dans les troncs artériels correspondant à l'éruption. Cette hypothèse, peu vraisemblable, doit être abandonnée.

Mackensie faisait jouer un rôle aux veines trombosées dans la topographie du lichen. Ces théories ne résistent pas à la vérification.

La topographie analogue du lichen plan linéaire et du zona a fait penser que la topographie du premier est liée à une atteinte du ganglion.

Le ganglion reçoit des fibres issues d'étages différents de la moelle et va prendre part à la constitution de plusieurs nerfs sans que toutes les fibres de ceux-ci viennent d'une même racine. Une atteinte ganglionnaire explique donc nombre de faits : atteinte partielle d'un territoire nerveux; atteinte de territoires nerveux différents.

Si, d'après la topographie de la lésion, on voit que toutes les fibres nerveuses atteintes viennent d'un ganglion, toutes les fibres de celui-ci ne le sont pas. Il faut admettre, qu'à son niveau, la lésion fait un choix subtil entre les diverses origines nerveuses, c'est ce qui rend cette théorie peu vraisemblable. Cherchons donc quel est

le point commun aux fibres nerveuses dont le territoire périphérique est lésé par le lichen.

Nous avons éliminé tour à tour la zone de distribution, le tronc des nerfs, le ganglion. Nous nous trouvons donc amené à mettre en cause la moelle.

Comment se fait dans la moelle la localisation de la lésion qui régira la topographie du lichen ?

La topographie du lichen plan linéaire peut-elle être rattachée à une lésion médullaire ?

L'embryologie, l'anatomie pathologique et la clinique vont nous fournir les moyens de résoudre cette question.

Au cours des recherches, ces diverses sources de renseignements se complètent, se viennent mutuellement en aide, s'intriquent l'une à l'autre.

Pour la clarté de la démonstration nous examinerons séparément les arguments puisés à ces diverses sources.

I

Quels sont les rapports topographiques de la moelle et des téguments. Chez certains annelides, chez tous les êtres, à un moment plus ou moins précoce de leur formation, ces rapports sont nets et facilement perceptibles.

Le corps de l'individu est alors segmenté en un certain nombre de cylindres ou métamères pour lesquels nous admettrons la définition qu'en a donné Brissaud : « Le métamère est toute portion de l'individu encore fragmentaire possédant en soi l'ensemble des propriétés et attributions de l'être définitivement achevé. »

Le métamère, ainsi conçu n'est pas une unité simple homogène définitive. A sa constitution prennent part tous les systèmes embryonnaires touchés par la segmentation qui donneront

Le tube neural : le neurotome
La crête ganglionnaire : les ganglions
Les segments primordiaux : les myotomes.

Au cours de l'évolution ces éléments se transformeront, se remanieront ; des unités nouvelles vont apparaître.

Les myomères : c'est-à-dire les groupes de muscles dépendant d'un même neurotome.
Les rhyzomères ou territoires cutanés dépendant des ganglions.
Les myelomères ou territoires cutanés dépendant des segments spinaux, c'est-à-dire du neurotome.

A un stade précoce de la vie embryonnaire dans chaque métamère ces unités ont, entre elles, et avec le neurotome, des rapports étroits visibles. Chez l'adulte l'ascension apparente de la moelle l'apparition des membres, la différence de développement des divers segments ont fait disparaître ces relations directes avec le neurotome ou, tout au moins, les ont dissimulées. Encore partiellement visibles au tronc, elle ne le sont plus aux membres.

II

L'histologie et l'anatomie pathologique vont venir à notre aide pour rétablir leur existence réelle.

Les renflements médullaires cervicaux et lombaires représentent un prolongement de la moelle destiné aux membres. « Si l'on regarde une coupe de moelle dorsale à travers une coupe de moelle cervicale on devine, dans la région de la corne antérieure surtout, le processus de croissance latérale qui répond à la métamérisation secondaire de l'axe spinal. »

Dans ces renflements, la métamérie n'a pas perdu ses droits : de la région profonde à la région superficielle de la substance grise se succèdent des plans métamériques qui correspondent à des parties du membre limitées par deux sections perpendiculaire à son axe.

Une deuxième systématisation se fait par rapport à l'axe du renflement. Les racines issues des différents étages métamériques divisent le membre parallèlement à son axe : « La métamérie radiculaire est la métamérie primitive de la chaîne ganglionnaire divisant le membre en segments longitudinaux. Ces faits sont vérifiés par la dégénérescence que subit le système nerveux médullaire après la supression d'un étage métamérique périphérique, désarticulation de la jambe, par exemple. Cette désarticluation sera suivie de la dégénérescence d'un étage métamérique spinal. Ce fait est vérifié histologiquement et a permis une localisation plus précise dans la moelle du métamère correspondant à tel ou tel segment de membre.

On comprend ainsi que suivant son orientation par

rapport à l'axe médullaire une lésion des renflements cervical ou lombaire se traduira par une lésion à topographie linéaire parallèle à l'axe du membre, ou au contraire, par une lésion limitée à un segment perpendiculaire à cet axe. Dans le renflement antérieur lombo-sacré les étages sont représentés par des groupes cellulaires dont les plus internes correspondent aux parties les plus voisines du tronc et les plus externes aux parties les plus périphériques.

III

La clinique a surtout aidé à la détermination des zones cutanées correspondant à tel ou tel métamère. C'est en étudiant les zones cutanées douloureuses ou anesthésiques correspondant à l'atteinte des viscères plus ou moins distants; douleur scapulaire des hépatiques, irradiations cubitales des douleurs cardiaques que Head et Campbell déterminèrent l'origine métamérique probable du zona.

Complétant cette étude par l'observation des troubles sensitifs dans la syringomyelie, Head détermina sur les téguments les zones correspondantes aux différents métamères spinaux.

Cette détermination, reprise par d'autres auteurs, a amené quelques modifications de détail dans les limites des zones sans y apporter des changements notables.

La comparaison entre la topographie de l'éruption de lichen et les zones de Head montre la concordance presque constante des deux. Des faits plus nombreux

sont expliqués si l'on admet une atteinte de deux métamères voisins.

Le second point que nous nous étions fixé est ainsi atteint. Connaissant la topographie de l'éruption de lichen nous pourrons savoir à quelle région médullaire correspond la lésion cutanée.

Une observation, publiée par Gasne et Chiray, peut être considérée comme la vérification clinique de ces théories.

Chez le malade présenté par ces deux auteurs les lieux d'irradiation d'une douleur angineuse sont le siège d'une éruption de lichen plan.

Pour eux, la douleur produite par l'atteinte du ganglion cardiaque se réfléchirait par l'intermédiaire du nerf à l'axe médullaire qui transmet l'irritation aux différents nerfs issus du même métamère. Sur le territoire de ces nerfs et sur ces territoires seulement se produit l'éruption de lichen plan linéaire.

En résumé, une atteinte métamérique, parfois de deux métamères voisins, semble présider à la topographie du lichen linéaire.

Si la démonstration rigoureuse de cette affirmation n'est pas encore possible, les faits apportent un tel faisceau de présomptions en faveur de cette hypothèse, que nous pouvons l'accepter.

TRAITEMENT

Actuellement deux médications dominent le traitement du lichen plan : l'arsenic et la radiothérapie.

Chacune de ces médications a des modes d'emploi multiples :

L'arsenic métalloïdique ; liqueur de Fowler ou cacodylate de soude, ce dernier en injections sous-cutanées ou intraveineuses; n'est plus guère prescrit.

L'arsenic organique, sous forme d'arseno-benzenes est d'un emploi très fréquent. On utilise soit le novarsenobenzol, soit le sulfarsenobenzol, mais la préparation la plus fréquemment utilisée est l'acetylarsan (As pentavalent) qui donne de remarquables résultats et semble provoquer moins fréquemment que le novarsenobenzol une exacerbation des lésions au début du traitement. La plus part du temps il suffit d'une série de douze ampoules en injections sous-cutanées ou intramusculaires, deux fois par semaine, pour voir disparaître la lésion.

Le prurit disparaît de la première ou deuxième injection.

Huffschmitt se déclare partisan de l'arsenic sous

forme de tréparsol administré les quatre premiers jours de chaque semaine à la dose de 0 gr. 25.

La radiothérapie préconisée par Gouin et Bienvenu, dès 1919, pour le traitement du lichen plan est aujourd'hui employée couramment. Les méthodes d'application varient suivant les auteurs.

Gouin et Bienvenu utilisent une irradiation superficielle non filtrée, localisée à deux champs principaux : champ dorsal supérieur interscapulaire; champ dorsal inférieur ou champ accessoire utilisé exceptionnellement.

Pautrier et Hufchmit ont, au contraire, utilisé des radiations pénétrantes filtrées, irradiant un segment plus ou moins étendu de la moelle. Ces deux méthodes, qui donnent des résultats comparables provoquent souvent une exacerbation passagère des lésions et du prurit au début du traitement.

La radiothérapie de surfaces cutanées étendues a été parfois utilisée avec succès de même que les rayons ultra-violets.

A côté de ces deux traitements actuellement prescrits par la majorité des dermatologistes on note l'emploi moins fréquent de bromure de sodium, préconisé par Hubschmann; de l'hyposulfitde de soude, que M. Watrin associe, dans certains cas, à la radiothérapie médullaire. L'eau d'Uriage, par la voie intraveineuse a donné à M. le professeur Nicolas et à M. Chauchard de bons résultats dans les cas rebelles.

Thibierge et Ravaut ont obtenus quelques guérisons très rapides par la seule ponction lombaire, ces guéri-

sons ont servi d'argument aux partisans de la théorie nerveuse du lichen.

L'hydrothérapie, sous forme de douches tièdes sédatives en rosée, préconisées par Jacquet, est parfois fort efficace.

La Bourboule, Néris, Bagnère-de-Bigorre, Luxeuil, sont les stations particulièrement recommandées.

La médication externe, presque totalement abandonnée aujourd'hui a donnée à M. Carle, qui utilise l'huile de cade, des résultats satisfaisants.

OBSERVATIONS

M. Romain, 29 ans, valet de chambre, consulte en avril pour une éruption datant de un mois qui s'est développée sans douleurs mais avec un léger prurit, successivement à la face antérieure de l'avant-bras droit, puis sur le bras, la région deltoïdienne et sur le dos.

A l'examen la dermatose nous frappe par sa topographie qui ressemble à celle d'un zona. Elle commence à la partie médiane de la face antérieure de l'avant-bras à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur, traverse en diagonale la partie antéro-externe du bras depuis le milieu du pli du coude jusqu'à la région deltoïdienne antéro-externe, suit sur le dos l'épine de l'omoplate et enfin, arrivée à quelques centimètres du rachis, remonte en formant un crochet de sept à huit centimètres dont la convexité regarde la colonne vertébrale.

Par sa topographie, cette éruption donne l'impression d'un zona distribué dans une région innervée par diverses racines cervicales C^5 à C^7 mais n'occupant pas toute cette région.

Elle se distingue cependant du zone par ce fait que sauf à la partie moyenne du bras, elle est sensiblement continue. De plus, elle n'est nullement vésiculeuse, mais est formée de papules planes nacrées à contours polygonaux de dimensions variables punctiformes ou grosses

comme des têtes d'épingles, isolées ou distribuées selon des stries qui se juxtaposent ou s'imbriquent avec quelques éléments aberrants voisins.

La bande éruptive atteint son maximum de largeur (deux travers de doigts) à la région deltoïdienne. Les premiers éléments apparus, ceux de l'avant-bras, sont affaissés et pigmentés. Quelques papules de ci de là sont recouvertes d'une petite squame.

La muqueuse bucale est indemne.

Le diagnostic de lichen plan s'imposait, il a été confirmé par une biopsie qui montre la papule dermo-épidermique typique avec cependant quelques petits foyers isolés de parakératose qui expliquent l'existence des squames signalées.

Nous n'avons trouvé aucune lésion viscérale. Le système nerveux en particulier tant cérébro-spinal que sympathique paraît normal. Le réflexe pilomoteur lui-même est présent; dans le domaine cutané de l'éruption aucun trouble de la sensibilité. Tous les réflexes tendineux cutanés pupillaires sont présents. Le réflexe occulo cardiaque est normal. Une radio n'a pas montré traces de spina-bifida.

Le liquide céphalo rachidien est clair; il contient 1,4 éléments par millimètre cube, 30 centigrammes d'albumine par litre. Les réactions de Wassermann et du benjoin sont négatives. Ce liquide est donc normal.

L'examen du malade révèle certaines anomalies qu'on peut rattacher à l'hérédo-syphilis. Les incisives médianes supérieures et inférieures sont notablement écartées et striées transversalement. L'incisive supérieure latérale gauche est en tournevis. La voute palatine est fortement ogivale.

Depuis deux mois cet homme a sur le cuir chevelu et la barbe deux plaques de pelade.

Notons que son père est mort hémiplégique à 55 ans

et que trois de ses frères sont morts en bas âge. Lui-même a deux enfants bien constitués.

Ses réactions de Wassermann et de Hecht sont négatives.

Lichen de Wilson à disposition zostérienne.
MINOT, 1909.

Louise N..., 46 ans.

Antécédents : plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu. N'est pas spécialement nerveuse, n'a eu dans ces derniers temps ni chagrin ni trouble moral d'aucune sorte.

Il y a 3 mois est apparu sur le genou droit une éruption rouge non prurigineuse qui s'effaça complètement et réapparut en même temps que se produisait une éruption sous-mamaire. Dans la région sous-mamaire on voit sur une zone de forme générale rectangulaire à grand axe transversal, des éléments papuleux de dimensions variées ou plutôt des groupes de dimensions variées et de forme irrégulière constitués par des papulles rouges et brillantes.

A l'examen attentif on constate que ces papulles légèrement saillantes, de forme polygonale, de la dimension d'une tête d'épingle, présentent à leur surface de très légères squames adhérentes et que quelques-unes d'entre elles sont manifestement déprimées à leur centre; on voit sur certains groupes, en tirant la peau, un fin réseau grisâtre.

A la palpation les éléments sont infiltrés. La zone éruptive forme une bande de 2 à 3 centimètres de haut à sa partie interne, plus étroite à sa partie externe où elle se réduit à une ligne sinueuse. Elle correspond au 5e espace intercostal et à la 5e côte. Elle commence environ à 2 centimètres de la ligne médiane et se dirige d'abord horizontalement sur une longueur de 6 à 7 centi-

mètres, puis se relève par son extrémité effilée, se dirigeant vers l'aisselle dont l'élément le plus externe reste distant de 2 à 3 centimètres.

Il n'existe aucun élément éruptif dans la région correspondante du dos.

On trouve sur le bras gauche 5 groupes isolés constitués chacun par 2 ou 3 éléments de papules présentant exactement le même caractère que celles de la région sous-mammaire. Ces groupes éruptifs sont disposés suivant une ligne à direction verticale parallèle au bord interne du biceps, à 1 centimètre en dehors de celui-ci. Le plus élevé est situé à 1 centimètre environ au-dessous du bord antérieur de l'aisselle, l'inférieur à la partie moyenne du bras.

Ces diverses lésions sont le siège d'un léger prurit.

WATRIN, *Réunion dermatologique de Nancy*, 14 février 1925.

M. B..., 32 ans. Eruption ayant débuté en octobre, au moment d'une période menstruelle, à la partie supéro-externe de l'avant-bras droit par une série de petits éléments papuleux rouge bistre extrêmement prurigineux et confluent en un placard linéaire sur une étendue de 6 centimètres environ. De nouveaux éléments sont apparus ensuite un peu plus bas, respectant la direction du premier placard.

La malade, nerveuse habituelle, est une syphilitique ancienne. Croyant à l'existence d'une poussée syphilitique, son médecin institue un traitement spécifique qui ne modifie nullement les lésions.

En janvier, l'éruption affecte une forme franchement linéaire et occupant le tiers supérieur et le tiers inférieur, respectant le tiers moyen du bord radial de l'avant-bras droit. Sur le reste du corps, éléments discrets; rien sur la muqueuse bucale.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un lichen plan atypique.

Lichen plan développé sur une cicatrice de zona.
Gougerot et Filliol. A. d. D., mars 1929.

Lichen plan développé sur une cicatrice de zona strictement localisé à cette cicatrice et succédant rapidement au zona. L'éruption occupe une bande oblique d'une largeur de main partant en arrière de la ligne médiane, croisant en dehors la partie supérieure de la fosse iliaque externe. La région des épines iliaques antérieures et se terminant à l'abdomen dans la région inguinale.

Un cas de lichen planus striatus forme zoniforme de Radcliffe Crocker.
Par M. José Maria Peyri, Barcelone.

Juan Martinez, 3 ans, sans antécédents personnels ni familiaux. A présenté il y a 8 mois au dos de la main droite une éruption papuleuse dont les papules avaient la grandeur d'une tête d'épingle.

L'ensemble de cette dermatose formait une espèce de ruban, lequel s'allongeait lentement; cette éruption se couvrit d'une croûte molle et grasse. La région où la croûte était enlevée saignait facilement.

Au bout de 2 mois apparition d'autres éléments au coude analogues aux premiers; au bout de 5 mois de nouveaux éléments se sont présentés à l'épaule. Ces trois foyers se sont fusionnés pour former un ruban un peu plus large qu'un centimètre.

Cette éruption de forme linéaire est composée d'éléments papulo-croûteux presque nacrés qui saignent facilement; elle est peu prurigineuse et un peu douloureuse.

Par une biopsie, le diagnostic de lichen plan est confirmé.

Société Médicale des Hôpitaux, mars 1905.
GASNE et CHIRAY.

R..., 33 ans, serrurier.

Rougeole et varicelle dans l'enfance. Au service militaire, accompli en Algérie, fièvre paludéenne, dysenterie, habitudes d'éthylisme.

Au retour du service militaire, crise de rhumatisme articulaire aigu. Pas de syphilis.

En octobre 1904, début des troubles cardiaques qui s'aggravent en novembre, deviennent alors persistants, ne sont calmés que par le repos, et pour lesquels, après examen, on porte le diagnostic d'insuffisance aortique avec crises angineuses.

Au moment des paroxysmes, mais à ce moment seulement, irradiation de la douleur dans le bras gauche.

Sur la zone d'irradiation existent des placards de lichen au nombre de quatre, étagés en série linéaire le long de la face interne du bras, ne descendant pas au-dessous du pli du coude et correspondant à la zone de distribution périphérique du brachial cutané interne. Un autre petit placard existe dans la zone des nerfs costaux anastomosés avec ce nerf.

Hyperesthésie de tout le territoire du brachial cutané interne.

Lichen plan sur une bande nerveuse.
DANLOS. A. D. S., 1898.

Jeune femme de 24 ans, présentant comme antécédents morbides une grave attaque de rhumatisme articulaire aigu il y a 2 ans, durée 2 mois, sans atteinte cardiaque.

Début du lichen il y a 4 mois. Pendant plusieurs semaines, éruption limitée aux membres inférieurs; depuis 15 jours, généralisation. Sur le tronc, éruption dis-

crète rappelant l'aspect tigré de certaines raséoles en voie de disparition.

A la cuisse droite, disposition rubanée des plaques de lichen, depuis le pli fessier jusqu'à la partie moyenne du mollet. Les éléments se superposent en rubans suivant le trajet de la branche fémoro poplite du nerf petit sciatique. Quelques plaques papuleuses sur la fesse et à l'extrémité postéro inférieure de la grande lèvre face muqueuse semblent indiquer la participation des autres rameaux d'un même nerf.

Aucune sensation spéciale à ce niveau. Hyperesthésie des plaques, nulle entre elles, pas plus marquée sur les plaques de la cuisse que sur celle du tronc. Aucun élancement, aucune douleur limitée au trajet du rameau nerveux. Pas de troubles trophiques autres que le lichen. Le malade se plaint seulement d'éprouver de temps en temps des douleurs sourdes et quelques crampes dans tout le membre inférieur droit.

BARY. *Lichen plan zoniforme consécutif à une piqûre de moustique.*

M. X..., 38 ans, piqué par un moustique un peu au-dessus du poignet droit. Les résultats immédiats de la piqûre sont ce qu'ils sont habituellement. Au bout de quelque temps le point piqué, au lieu de disparaître, reste surélevé et prurigineux, s'étalant légèrement, prenant l'aspect d'une « dartre farineuse » qui était le siège de démangeaisons.

Pendant un an, alternatives d'améliorations incomplètes et de reprises. Un an après, un semis de taches analogues prurigineuses apparaît sur le haut de l'avant-bras vers le bord postérieur de l'olécrane. Dans les jours qui suivent, toute la ligne rejoignant les deux lésions primitivement isolées est recouverte de papules de lichen plan. Quelques mois plus tard, nouvelle apparition de

papules sur le haut de l'épaule, au niveau de l'acromion. Réunion des deux foyers par semis linéaire de papules. Le bras droit se trouve ainsi atteint d'un lichen plan en bande zoniforme occupant toute la longueur ou presque du membre supérieur sur une largeur de ½ centimètre en moyenne.

CONCLUSIONS

I. Le lichen plan peut se disposer sous forme de bandes comme le zona et les éruptions zoniformes.

II. Cette localisation est surtout fréquente aux membres inférieurs.

III. Le lichen plan linéaire comporte les mêmes éléments de pronostic et de traitement que le lichen plan habituel.

IV. Dans la pathogénie de cette disposition il semble qu'il faille faire jouer un rôle spécial à des troubles nerveux bien qu'il soit encore impossible de l'affirmer de façon certaine.

Vu : *Le Doyen*,
BALTHAZARD.

Vu : *Le Président de Thèse*,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

E. Besnier, Broq et Jaquet. — *La Pratique dermatologique.*

Broq. — *Précis Atlas de Pratique dermatologique.*

Brissaud. — *Leçons sur les maladies nerveuses.*

Broq et Pautrier. — *Etude de quelques formes anormales de lichenification.*

L. Bohy. — Lichen plan zoniforme consécutif à une piqûre de moustique. *B. S. F. d. D.*, 1923.

Carle. — *A propos du traitement externe du lichen plan.*

Chauchart. — *Note sur le traitement du L. P. par les injections d'eau d'Uriage.*

Contenssoux. — Métamerie du système nerveux et localisations métamériques. *Th. Paris*, 1900.

Danlos. — Lichen plan sur une branche nerveuse. *A. d. D.*, 1898.

Darier. — *Précis de Dermatologie.*

Dubreuil. — Lichen simple circonscrit en bandes linéaires. *A. d. D.*, 1904.

Galloway. — Lichen plan linéaire. *A. d. D.*, 1901.

Gasne et Chiray. — Insuffisance aortique avec crises angineuses. Lichen sur les zones d'irradiations douloureuses. *Société Médicale des Hôpitaux*, mars 1905.

Gougerot et Filliol. — Lichen plan sur une cicatrice de zona. *A. d. D.*, mars 1929.

Gouin et Bienvenu. — Traitement radiothérapique du lichen plan. *Réunion de Strasbourg,* juin 1927.

Hallopeau et Gardner. — Lichen de Wilson en bandes. *A. d. D.,* 1899.

Habschmann. — Le traitement du lichen plan par les injections de bromure de sodium. *Réunion de Strasbourg,* juin 1927.

G. Lartigue. — Le lichen plan est-il une allergide mycosique ? *Th. Paris,* 1930.

G. Lévy. — Le pigment mélanique dans le lichen plan. *Réunion de Strasbourg,* juin 1927.

Laclyde. — Le lichen plan zoniforme. *Th. Paris,* 1913.

Lelong. — Etude des Noevi. Localisations. Rapports avec le système nerveux et les métamères. *Th. Paris,* 1899.

Louste, Lévy, Franckel. — Journée du lichen plan. *Réunion de Strasbourg,* 1927.

Mariani. — Sopra un caso di lichen ruber zoniformis bilatérale a tipo di nevo lineare verucoso. *G. I. M. V.,* 20 décembre 1920.

Mendes da Costa. — *Lichen plan linéaire avec localisations spéciales.*

Minot. — Lichen de Wilson à disposition zostérienne. *A. d. D.,* 1909.

S. Neumarck. — Sur la question de l'étiologie et de la pathogénie du lichen ruber plan. *D. Wochen,* octobre 1928.

Pautrier. — Résultats négatifs de 21 essais d'inoculation de lichen plan à l'homme. *Réunion de Strasbourg,* 1927.

— Traitement du lichen plan par la radiothérapie médullaire. *Réunion de Strasbourg,* 1927.

Pautrier et Riss. — Sur la présence d'éléments nerveux et la prédominance des lésions nerveuses dans la papule du lichen plan. *Réunion de Strasbourg,* 1927. *B. S. F. D. et S.*

J.-M. Peyri. — Un cas de lichen striatus forme de Rocliffe Crocke. *B. S. F. D. et S.*, juin 1927.

Petges. — Sur l'origine nerveuse du lichen plan. *S. F. D. et S.*, 1927.

Philips. — Lichen planus linearis. Pittsburg. *Dematol. Soc.*, mai 1925.

Ravaut. — Lichen plan et ponction lombaire. *S. F. D. et S.*, juin 1927.

Rœderer. — Lichen plan zoniforme. *B. S. F. D. et S.*, 8 novembre 1925.

Sezary et Mamon. — Lichen plan linéaire. *B. S. F. D. et S.*, juin 1930.

Tonel et Schaffa. — Lichen planus anularis et lichen planus linearis. *Archives of Dermatologie et Syphil.*, 21 janvier 1930.

Watrin. — Lichen de l'avant-bras à disposition linéaire. *B. S. F. D. et S.* (R. N.), 14 février 1925.

— Lichen plan datant de 9 ans traité par la radiothérapie médullaire et l'hyposulfite de soude en injections intraveineuses. *B. S. F. de D.*, 5 juin 1927.